PARIJS

FACULTE DE MEDECINE — BROUSSAIS HOTEL DIEU

ANNEE 1973 — N° 127

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Serge ACKER

Né le 18 Juillet 1942 à PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 11 73

COMMENT AUJOURD'HUI PEUT ON COMPRENDRE LES MANIFESTATIONS HYSTERIQUES A LA LUMIERE DE L'EVOLUTION DU CONCEPT D'HYSTERIE AU COURS DE L'HISTOIRE DE LA MEDECINE

PRESIDENT : H. FLAVIGNY Professeur

FACULTE DE MEDECINE

BROUSSAIS HOTEL DIEU

ANNEE 1973

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Serge ACKER

Né le 18 Juillet 1942 à PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

COMMENT AUJOURD'HUI PEUT ON COMPRENDRE LES MANIFESTATIONS HYSTERIQUES A LA LUMIERE DE L'EVOLUTION DU CONCEPT D'HYSTERIE AU COURS DE L'HISTOIRE DE LA MEDECINE

PRESIDENT : H. FLAVIGNY Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur FLAVIGNY

Avec mes remerciements respectueux pour avoir accepté de présider cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548020_0032

A Monsieur le Docteur MARCHAIS

Pour la clarté de son enseignement

A Monsieur le Docteur GRIVOIS

qui m'a fait connaître la pratique
de la psychiatrie en milieu hospitalier général.

A ma femme,

avec tout mon amour,

A mes parents,

avec toute mon affection.

"Comment aujourd'hui peut-on comprendre les manifestations hystériques à la lumière de l'évolution du concept d'hystérie au cours de l'histoire de la médecine ?"

L'hystérie est un piège...

(H. EY)

Ce travail n'est pas une compilation de tout ce qui a été dit et écrit sur l'Hystérie, ni un catalogue descriptif de tous les symptômes pouvant s'y rattacher...

Il a paru intéressant :

. d'une part, de montrer comment et pourquoi les multiples facettes de ce concept ont entrainé une telle complexité et une telle ambiguité,

. d'autre part, d'insister sur le fait qu'aujourd'hui on retrouve de nombreux aspects décrits par les auteurs classiques : c'est pourquoi les observations citées au cours de cette étude sont actuelles (1)

(1) Service de Psychothérapie de L'Hôpital FOCH
à Suresnes

P L A N

1 - La clinique classique P. 1

2 - Le courant psycho-pathologique P. 13

3 - La neuro-physiologie P. 32

4 - Quelques données d'Ethnopsychiatrie P. 42

5 - Conclusion P. 46

6 - Bibliographie -

I

LA CLINIQUE CLASSIQUE

Héritière d'un long passé, l'hystérie a suscité des débats passionnés où se confrontèrent diverses positions dans une ambiance polémique, débats qui ne sont pas encore clos, tant les définitions et les tentatives d'explications pathogèniques sont nombreuses,

- l'hystérie considérée comme une affection nerveuse,
- recherche d'une localisation neurologique,
- l'hystérie considérée comme une affection psychogène...

Le problème est débattu depuis la plus haute Antiquité ; l'étymologie du terme indique déjà une conception pathogénique : l'hystérie décrite par Hippocrate, fait l'objet d'un tableau clinique très précis, avec difficultés respiratoires, douleurs abdominales, paralysies transitoires, mutisme... Il s'agit d'une maladie exclusivement féminine liée à des perturbations ou même à des déplacements de l'utérus.

Ainsi et pour longtemps, l'hystérie est séparée des affections du système nerveux. Au Moyen-Age, ses crises si spectaculaires sont attribuées à une possession diabolique en raison de leur caractère étrange et parfois effrayant...

La conception de la "vieille hystérie" est exprimée par Sydenham qui dénonce les aspects trompeurs de la maladie ; l'hystérie est la grande simulatrice.

Il reconnait certains traits chez ces patients ; caprices, instabilité et excès dans les passions. Tous les troubles un peu capricieux, variables, ou qui n'ont pas pu être rattachés à une lésion anatomique décelable, sont alors rapportées à l'hystérie. C'est un concept nosographique où l'on jette pêle-mêle tous les syndrômes encore inconnus et aussi beaucoup d'erreurs de diagnostic...

En 1850, BRIQUET définit ainsi "l'attaque d'hystérie" : "Les hystériques sont sujets à être saisis de temps en temps d'un ensemble d'accidents spéciaux et graves qui apparaissent d'une manière soudaine et, après une durée ordinairement courte, disparaissent aussi brusquement qu'ils sont apparus.".

Plus tard, on distingua les crises proprement hystériques des convulsions dues à une lésion cérébrale ou à des accès épileptiques. Mais surtout, BRIQUET remarquait déjà que ces "attaques" sont "la manifestation d'émotions exagérées et perverties, d'images et de rêves...".

Aujourd'hui, de l'avis général, les grandes crises spectaculaires sont rares, dans la mesure où elles surviennent chez un sujet fruste ou arriéré, présentant des traits caractériologiques d'impulsivité ou de labilité émotionnelle.

On insiste, par contre sur la fréquence chez les hystériques, des syncopes vraies ayant tous les

caractères des crises vaso-vagales, à déclanchement émotif ou réflexe ; la perte de conscience au cours de ces lipothymies est en général partielle, mais elle peut être totale et même s'accompagner de secousses musculaires.

Les crises ont une nette tendance à la répétition au cours de l'existence ; elles peuvent précéder, accompagner d'autres accidents de conversion, ou alterner avec eux, ou encore constituer la modalité unique d'expression somatique.

Outre les syncopes et évanouissements, il peut s'agir de crises vertigineuses, crises de nerfs, crises tétaniformes avec contractures en arc de cercle, bouche de carpe, crises convulsives...

Madame S. est suivie par le Service depuis quelques années et présente une pathologie où prédominent l'immaturation et la quête affective, ainsi que l'asthénie accompagnant des états dépressifs francs et sévères qui ont provoqué deux tentatives de suicide graves. Il n'existe pas de fond caractériel ni d'agressivité, mais une fragilité émotionnelle importante, avec forte suggestibilité. Les crises, tétaniformes avec contracture généralisée, surviennent certes après une contrariété mais toujours en présence d'une tierce personne... Nous verrons plus loin la participation importante de la suggestion chez cette malade.

Avec BRIQUET donc, l'hystérie devient une maladie émotionnelle, éloignée de toute clinique, l'émotion expliquant la symptomatologie.

Il faudra attendre JANET et FREUD pour une tentative d'explication des symptômes.

SYDENHAM, puis surtout BRIQUET affirmèrent l'existence d'une hystérie masculine : c'était enlever à l'utérus son rôle dans la génèse de l'hystérie et l'étymologie du mot semblait pourtant n'en pas permettre l'hypothèse.

L'hystérie masculine parait deux ou trois fois moins fréquente que l'hystérie féminine. Il ne s'agit pas d'une caractéristique propre à l'hystérie ; toute les affections névrotiques sont moins fréquentes chez l'homme que chez la femme.

Des études récentes faites en milieu militaire et civil, il ressort que les cas d'hystérie se rencontrent plus fréquemment chez des hommes frustes : la réaction est directe, sans élaboration psychologique ; les manifestations pathomimiques sont spectaculaires : crises expressivo-émotives, tremblements, fugues amnésiques... Elles sont habituellement de courte durée, mais il peut y avoir persistance du syndrome lorsque le sujet se rend compte des éventuels bénéfices matériels apportés par sa situation de malade.

Monsieur A, 23 ans, originaire d'Afrique du Nord, et récemment transplanté, est hospitalisé , à la demande de son employeur, pour "son comportement bizarre : état parfois prostré, périodes d'hébétudes alternant avec des périodes d'excitation susceptibles de provoquer des conditions d'accident de travail pour lui-même et son entourage". Au cours de plusieurs entretiens, d'ailleurs très limités du fait de la barrière de langage, surviennent des crises de pleurs, avec grincements de dents, tremblement, à plusieurs reprises, une crise semblable se termine par un état de contracture généralisée mais sans perte de connaissance véritable. Après une tentative de stabilisation de cet état, la reprise du travail aboutit à un licenciement... Revenu en consultation "afin qu'on le soigne , car il ne peut plus travailler", Monsieur A perd brusquement connaissance dans la salle d'attente,

crise caractérisée par des gémissements bruyants, une contracture généralisée du corps, sans convulsions, ni morsure de la langue, ni perte des urines... la perte de connaissance semble totale et dure 20 minutes... Il n'existe aucun signe de comitialité à l'électro-encéphalogramme. Cette pathologie est en rapport étroit avec un phénomène d'acculturation
loin...

Avec CHARCOT, c'est le premier essai de définition clinique :

"Les manifestations hystériques sont des symptômes somatiques prenant le masque d'affections organiques, sans cependant aucune atteinte organique".

Après la vogue pour le "magnétisme animal" de MESMER, l'expérimentation psychique se développa particulièrement. L'hypnose est considérée comme une hystérie expérimentale, on découvre chez les hystériques des particularités psychologiques et physiologiques : intuitions, rêves prophétiques, divinations, rétrécissement du champ visuel, abolition du réflexe du voile... CHARCOT interprète l'hystérie comme l'effet d'un dysfonctionnement nerveux et pense alors trouver des signes permanents et caractéristiques de la névrose :

Les "stigmates fonctionnels, sensori-moteurs ou végétatifs" doivent constituer des symptômes permanents permettant de reconnaître la névrose au milieu du polymorphisme extrême de ses manifestations. Ces stigmates sont les signes fixes et pathognomoniques de l'hystérie.

CHARCOT insiste par ailleurs sur le fait que "beaucoup d'accidents sont d'ordre psychologique et sont dus aux pensées des malades".

Comme la plupart des auteurs qui ont attaché leur nom à des théories organiques, il n'a pas manqué de souligner que l'hystérie admet une forte com-

sante psychique : "Lors de la suggestion traumatique et émotive qui se produit notamment à la suite des grands bouleversements et qui prépare l'hystérie, écrit-il, il se développe un état mental particulier proche de l'état d'hypnotisme. Dans l'un et l'autre cas, la spontanéité psychique, la volonté, le jugement étant plus ou moins déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles... Ainsi, la plus légère action traumatique, par exemple portant sur un membre, peut-elle devenir alors l'occasion d'une paralysie, d'une contracture, d'une arthralgie...".

CHARCOT rechercha systématiquement tout ce qui pouvait rapprocher la pathologie hystérique de la pathologie cérébrale. Il tendit ainsi à ramener l'hystérie dans le cadre des maladies du système nerveux, et établit sa théorie Organo-Dynamique fondée sur l'identification de l'hystérie avec un trouble fonctionnel des centres cérébraux.

Pour lui, en effet, trouble fonctionnel et trouble hystérique étaient synonymes. Une lésion de la voie pyramidale entrainait une hémiplégie organique, un trouble "dynamique" de cette même voie aurait entrainé une hémiplégie hystérique. Suivant cette conception, une atteinte anatomique de la zone de WERNICKE déterminait une aphasie, une perturbation fonctionnelle de cette même zône de WERNICKE (par exemple une migraine accompagnée) déterminerait un trouble psychique pur : le mutisme.

Cette conception Organo-Dynamique fut démolie par BABINSKI : il démontra en effet que l'atteinte d'un centre, qu'elle soit anatomique ou fonctionnelle, donne toujours les mêmes signes, signes en rapport avec la localisation anatomique et que ne peut reproduire la volonté, l'atteinte fonctionnelle donnant des troubles plus légers et plus passagers.

Lorsqu'il s'agit d'un trouble psychique, une hémiplégie hystérique, il n'existe aucun signe de localisation, et le trouble réalise le même aspect coordonné et synthétique que celui que peut réaliser l'action volontaire.

Ainsi, BABINSKI montrait que les signes dits organiques sont seulement des signes de localisation, alors que les signes d'affection psychique comme l'hystérie font intervenir l'action de la personnalité toute entière.

A ce sujet, il rejoint les travaux de BERHEIM qui mit en évidence le rôle de la suggestion : "C'est la suggestion qui domine l'hypnose, les prétendus phénomènes physiques ne sont que des phénomènes psychiques. C'est l'idée conçue par l'opérateur qui, saisie par l'hypnotisé et acceptée par son cerveau, réalise le phénomène à la faveur d'une suggestibilité exaltée produite par la concentration spéciale de l'état hypnotique".

BERHEIM critique la réalité somatique des symptômes hystériques et considère qu'il s'agit de phénomènes émotifs. Il distingue avant la lettre les manifestations hystériques (les crises) des troubles psychosomatiques (palpitations, migraine, diarrhée), tous deux secondaires à l'émotion, à la frayeur ou à la douleur. Une crise hystérique peut être unique ou se répéter par auto-suggestion, par souvenir émotif des crises précédentes.

Les facteurs psychiques sont exclusivement représentés par la suggestion : les symptômes hystériques sont capables de varier dans leur intensité, leur siège, et parfois même leur type en fonction du moment, des circonstances, et plus encore de la personnalité de ceux qui les observent. Ils ont la singulière propriété d'être suscités ou abolis par la

suggestion, que celle-ci émane involontairement de l'entourage ou qu'elle soit exercée volontairement par le médecin. L'importance de la suggestion se vérifie au cours de la première observation.

Madame S. nous dit, au cours d'une conversation, que certaines crises sont déclanchées par simple pression de la racine du nez : "C'est un médecin qui me l'a dit...". Et à la suggestion que le frottement de la pointe du nez pourrait aussi lui déclancher une crise, Madame S., après quelques excitations répétées de la sensibilité de cette zône (à l'aide du premier objet trouvé sur la table voisine : un pinceau !), perd brusquement connaissance, le corps tendu en opisthotonos... Ainsi retrouve-t-on aujourd'hui la suggestion décrite par BERHEIM.

BABINSKI substitua comme base du diagnostic aux anciens stigmates de CHARCOT, ceux des affections organiques dont il a donné une description sûre et précise, de telle sorte qu'il s'est attaché à dire ce que l'hystérie n'est pas. Il conclut : "la meilleure preuve que l'on puisse fournir de la nature hystérique d'une manifestation pathologique, est de la faire disparaître par persuasion ou contre-suggestion". C'est la théorie du pithiatisme.

Le pithiatisme de BABINSKI élimine du territoire immense de la "vieille hystérie" :

- d'une part,"l'hystérie viscérale" qui est rattachée en grande partie à d'autres syndrômes névropathiques (états anxieux et hypochondriaques)qui restent distincts du pithiatisme par le fait qu'ils ne présentent pas la même curabilité par contre suggestion comme BABINSKI l'a montré. Ces divers troubles subjectifs viscéraux peuvent s'observer chez les pithiatiques, mais ils ne sont nullement propre à l'hystérique et peuvent faire partie de tous les états dépressifs quelle

que soit leur étiologie.

- d'autre part, la catatonie de KAHLBAUM qui représente une partie importante de la "vieille folie hystérique" : crises en arc de cercle, clownisme, démonstration de gestes impressionnantes, groupés par KAHLBAUM sous le vocable bien expressif de patheticismus.

Voici deux observations caractéristiques du pithiatisme :

Il s'agit d'une femme de 52 ans hospitalisée dans le Service, après un séjour en Neurologie où l'on a conclu à un "syndrome névrotique".

La maladie de Mme S., anciennement femme de ménage, débute en 1963 par un accident de travail : après une chute sur le verglas ayant provoqué une violente douleur lombaire et nécessitant le port d'un lombostat, sont apparues des céphalées occipitales, des manifestations vertigineuses et une raideur progressive de tout le rachis.

Mais, alors que l'examen neurologique est strictement normal, la malade est dans l'impossibilité de marcher sans l'aide d'une canne, et même alors très péniblement, de se coucher ou de se relever sans qu'on la maintienne ; elle se plaint de vives douleurs à la mobilisation active, douleurs irradiant des deux jambes vers les hanches et le rachis et entrainant une expressivité du visage caractéristique de majoration. Cette femme présente une personnalité frustre et émotive, elle vit seule chez elle depuis plusieurs années.

La symptomatologie fonctionnelle a entrainé d'emblée une invalidité puis une mise à la retraite anticipée, le tout ayant fait l'objet de multiples expertises.

Il s'agit donc d'une longue histoire post-traumatique ayant abouti à l'état actuel :pseudo-paraplégie pithiatique, la malade s'avère parfaitement capable de marcher sous stimulation verbale. Elle s'est d'ailleurs fixée dans une conviction qui veut rattacher ses troubles fonctionnels actuels à son accident de travail ancien, et elle désire une augmentation de sa pension. La disproportion entre ces phénomènes et

l'accident invoqué ne laissent aucun doute sur l'utilisation consciente ou inconsciente que la malade entend faire de sa pathologie.

Il est en outre difficile de savoir si Mme S. se réfugie dans un simple état névrotique ou s'il s'agit d'une conviction à la limite de l'interprétation psychotique.

Mais il n'en demeure pas moins que cette malade est une hyperémotive et qu'elle supporte très mal sa vie solitaire. La seule attitude possible a donc été de l'inciter à reprendre dans les limites de ses possibilités une activité motrice et de ne pas la laisser s'enferrer dans une quérulence vis-à-vis de son employeur qui ne pourra que la décevoir et l'entretenir dans son état pathologique.

L'observation suivante est aussi caractéristique du pithiatisme :

Mme P. est suivie depuis une dizaine d'années pour des épisodes pithiatiques à répétition.

Un an après avoir été hospitalisée pour "paraplégie hystérique" (il sera question de cet épisode au sujet des réminiscences et des images mentales), Mme P. revient à nouveau pour astasie,abasie, anesthésie et aphonie. La récupération de ces troubles a été rapidement totale et spontanée. Cet épisode est consécutif à un état dépressif asthénique et anxieux, le mari ayant quitté définitivement le domicile conjugal. Le mois suivant sa sortie, nouvel épisode avec monoparésie du bras et de la main droite, troubles vasomoteurs associés. L'amélioration a été progressive par excitation de la sensibilité superficielle.

Récemment, au cours d'une consultation Mme P. marche avec difficulté, pleure, croit qu'elle va redevenir paralysée... Les troubles disparaissent sous légère suggestion.

Mais la restriction du champ de l'hystérie à la seule suggestion par BABINSKI, a amené certains

auteurs à se représenter une "imitation de maladie", une maladie purement psychique au sens de maladie sans substratum organique, sans consistance ni réalité, notion qui confine à celle de maladie simulée.

L'hystérique devient alors un simulateur, même si l'on veut bien concéder comme l'a fait BABINSKI qu'il s'agit d'une "simulation inconsciente", d'un comportement différent de la vraie simulation. On passe ainsi à côté du fait essentiel qui est l'état mental pathologique dont les manifestations motrices, sensitives ou viscérales ne sont que les symptômes apparents.

D'ailleurs avec DUPRE, l'hystérie devient pathologie de l'imagination : la tendance mythomaniaque prépare aux manifestations hystériques, les accidents hystériques étant une sorte de mythomanie avec psycho-plasticité :

" Le mythomane fabule avec son esprit, l'hystérique fabule surtout avec son corps... L'hystérie est la mythomanie des syndromes".

Il y aura encore par la suite d'autres points de vue théoriques concernant l'hystérie, mais chacun ayant une vue partielle du problème. Les uns considèrent les manifestations, les autres la névrose. Pour les uns il s'agit d'une névrose psychogène, pour d'autres elle a une origine organique.

La clinique classique met particulièrement en évidence ce dualisme: dans la conception Organo-Dynamique de CHARCOT la maladie nerveuse "conditionne" la suggestibilité hystérique.

BABINSKI, en limitant le concept d'Hystérie au pithiatisme, et bien que se plaçant sur un plan clinique et "extérieur" affirma pourtant la nature psychique des manifestations hystériques.

C'est avec JANET et FREUD que les études psycho-pathologiques globales vont prendre leur développement.

II

LE COURANT PSYCHO-PATHOLOGIQUE

Pour JANET : "l'hystérie est une forme de désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité".

Dans son ouvrage sur l'automatisme psychologique, il décrit tous les phénomènes psychologiques isolés, les troubles de la mémoire et les actes subconscients qui constituent les état de désagragation. Il veut apporter des arguments en faveur d'une conception fonctionnelle de l'activité psychologique en générale.

Dans "L'état mental des hystériques", il résume ainsi sa conception :

"... il y a affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique, aboulie, rétrécissement du champ de conscience qui se manifeste d'une façon particulière ; un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle. Il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité ; ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et isolément à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par des troubles les plus variés d'apparence uniquement physique.".

L'anesthésie hystérique est une espèce de distraction ;

"..un individu distrait par une forte préoccupation, ne perçoit pas des sensations que dans un autre état d'esprit il eut à peine tolérées... il est probable que les hystériques, dont l'état mental offre tant d'autres singularités, acquièrent également par le fait de la maladie une sorte de paresse qui les rend moins propres à percevoir certaines modalités psychiques".

Dans les amnésies hystériques, il y a défaut de synthèse des éléments psychologiques, défaut qui supprime plus ou moins complètement l'assimilation des souvenirs à la personnalité.

Les hyperésthésies hystériques sont de nature psychologique :

"... ce ne sont pas des exagérations de la sensation tactile, ni même de la sensation de douleur provoquée par le contact, ce sont des hyperestésies fausses uniquement dues aux idées réveillées par association à propos de ce contact".

C'est à la notion d'"idées fixes" que JANET réduit l'essentiel des phénomènes hystériques :

"... le développement exagéré de certaines idées dépend de leur isolement, et cet isolement est une conséquence du rétrécissement du champ de conscience. L'exaltation des phénomènes automatiques résulte le plus souvent d'une baisse dans la puissance de l'activité volontaire qui réunit à chaque instant de la vie les phénomènes présents".

JANET introduit encore une notion importante : la représentation.
Représenter, c'est un acte par lequel l'objet devient présent au sujet, et devient en même temps un fait de conscience. La représentation correspond à l'intégration d'une première impression sensorialisée dans le comportement complexe de la perception, en rapport avec la

mémoire, l'imagination, l'affectivité.

C'est pour comprendre la distorsion des représentations dans les névroses que JANET reprend la définition de BRIQUET :

"L'hystérie est une maladie par représentation au cours de laquelle les mouvements psychologiques se groupent autour d'un phénomène dominateur".

Dans l'hystérie, le "phénomène dominateur" est généralement l'idée fixe subconsciente ;

"... sont hystériques, dit JANET, toutes les modifications maladives du corps qui sont causées par des représentations, celles-ci étant toujours imaginaires".

D'une façon générale, la représentation devient un rouage pathogénique, dès le moment où elle n'est plus normalement réglée et ne s'inscrit plus dans un mouvement normal de perception.

Rappelons, à ce sujet, l'observation de MARIE par JANET, qui montre le rappel analogique entre une anesthésie de l'hémiface, une cécité de l'oeil gauche et l'image d'une jeune garçon auprès duquel la patiente avait dû se coucher étant enfant... Cet évèenement l'avait vivement impressionnée à ce moment, car l'hémiface gauche de ce garçon était couverte de gourme...

Voici l'observation initiale de la deuxième malade dont il a été question précédemment au sujet du pithiatisme et qui montre l'importance du rôle émotionnel de l'image mentale chez un tel sujet.

" Mme P. présente une paraplégie hystérique sans aucun signe d'atteinte neurologique. La paraplégie est survenue à la suite d'une discussion avec sa belle-fille "qui l'a saisie avec ses yeux effarés".

Sous l'effet de cette émotion, la patiente quitte le domicile familial pour se jetter à l'eau.

Durant ce trajet, elle a l'impression que ses jambes ne la portent plus ; elle s'assoie, puis revient chez elle. Revenue à son domicile, elle a une nouvelle discussion, cette fois avec son fils. Ce nouveau choc émotionnel la fait se trouver mal, elle s'affale par terre dans un état de semi-conscience et reste paralysée des deux jambes depuis six mois.

Interrogée sur le premier incident avec sa belle-fille, elle déclare avoir vu son visage pendant plusieurs mois. "Je voyais ses grands yeux, comme si ses yeux sortaient de sa tête, elle était crispée comme ça, j'avais l'impression qu'elle allait se jeter sur moi". Il est à noter que pendant cette évocation, elle mime l'attitude de sa belle-fille, participant émotionnellement à cette scène passée. L'image est chargée d'angoisse : "J'ai eu peur et j'ai peur lorsque je vois ce visage et son regard... Quand j'en parlais, je la voyais et ça me faisait tomber en syncope, je ne pouvais plus parler".

L'évocation répétée de cette scène lui permit de décharger devant nous la charge émotionnelle liée à l'image du regard de cette belle-fille : nous lui fîmes revivre à plusieurs reprises la scène initiale en lui assurant qu'elle n'était pas paralysée ; nous avions modifié ainsi sa conviction pathologique par un stimulus verbal et par une image rassurante au cours d'une reviviscence de la situation émotionnelle traumatisante.

La catharsis émotive permit en quelque sorte à la patiente de modifier sa conviction pathologique : "Ça m'a soulagé quand je vous ai parlé de ma belle-fille... j'ai pu m'épancher, et à partir de ce moment-là, quand je revoyais l'image, elle était moins inquiétante... ça s'épuisait".

La paraplégie disparut."

Le rôle majeur de l'image est ici net ; la situation imagée a été vécue lors de l'incident initial avec une charge émotionnelle importante suscitée par ce conflit. Cette charge n'a pu être libérée sur l'instant et a été intériorisée par la patiente. Elle s'est

maintenue non pas seulement dans son subconscient, mais en faisant de fréquentes réapparitions dans son conscient. Et ce n'est que lorsqu'elle a progressivement disparu que Mme P. a pu retrouver l'usage de ses jambes.

FREUD, de son côté, a interprété les contenus latents des manifestations hystériques. JANET faisait de la suggestion une conséquence de l'affaiblissement de synthèse psychologique, FREUD tient la suggestion comme provenant d'une force interne, l'inconscient.

L'importance de l'angoisse du refoulement des complexes inconscients, des traumatismes sexuels infantiles, d'abord par des fixations et regressions anachroniques à la phase oedipienne, le jeu du déguisement symbolique par lequel le contenu latent se cache sous le contenu manifeste, les bénéfices secondaires de la maladie, toutes les résistances et les défenses inconscientes qui se cristallisent dans les symptômes de l'hystérie... dans tout cela se trouve la solution au problème de l'hystérie, comme si elle dépendait de l'action pathogène du langage de l'inconscient.

FREUD voyait dans la conception de JANET, une relation avec les doctrines françaises de l'époque se rapportant au rôle de l'hérédité et de la dégénérescence.

C'est pourquoi l'état mental des hystériques selon JANET lui semble un état de faiblesse mentale, alors que, dit-il, "parmi les hystériques se trouvent des sujets possédant l'intelligence la plus lucide,

la volonté la plus forte, l'esprit le plus critique...".

FREUD et BREUER préciseront au début de leurs travaux que les phénomènes qui accompagnent ce qu'on appelait à l'époque "les attaques", se laissent en partie ramener à des réactions émotionnelles accompagnant un souvenir :

" L'hystérique souffre surtout de réminiscences... il faut rendre conscient cet évènement prococateur, l'amener en pleine lumière, les accidents disparaissent quand le sujet se rendra compte de ses idées fixes".

Tel cette malade, observée par BREUER :

Anna O. repoussait toute boisson "dans un état d'absence"...Le verre était repoussé, car son image était en fait le rappel d'une scène antérieure qu'elle avait vécue avec dégoût. Elle avait en effet vu "sa dame de compagnie anglaise, qu'elle n'aimait pas, faire boire son petit chien, une sale bête, dans un verre"

De même, elle était atteinte "d'hallucinations angoissantes" de serpents noirs quand elle voyait des cheveux, des lacets, qui suscitaient des analogies de formes. Son mutisme et son trouble du langage étaient aussi liés à une image : elle devait "Taire une chose qui l'avait beaucoup tourmentée". En effet, sa contracture parétique du membre supérieur droit était le rappel d'un souvenir sensoriel vécu au cours d'un état de rêverie où "voulant mettre en fuite l'animal (un serpent noir), elle resta comme paralysée, le bras droit "endormi", insensible et devenu parésique, pendant sur le dossier de la chaise...".

Selon FREUD (communication préliminaire), dans la "névrose traumatique", la maladie est déterminée par une émotion ou une frayeur. La cause de la plupart des symptômes hystériques mérite d'être qualifiée de traumatisme psychique :

"Les symptômes les plus différents qui passent pour être des productions spontanées et,

pour ainsi dire, idiopathiques de l'hystérie, ont avec le traumatisme motivant un rapport tout aussi étroit que les phénomènes"... "nous qualifions de traumatismes psychiques les incidents qui ont déclanché l'affect original et dont la charge en excitation s'est ensuite convertie en phénomènes somatiques". C'est l'affect qui est considéré comme originel et non les incidents traumatiques.

Le refoulement est le résultat du conflit de deux forces psychiques, le conscient et l'inconscient. C'est la résistance que le thérapeute rencontre quand il veut ramener au conscient du sujet les souvenirs inconscients imagés, chargés de l'angoisse initiale. Ainsi, les symptômes névrotiques sont considérés comme directement en rapport avec les évènements pathogènes.

C'est le désire qui est refoulé et continue à subsister dans l'inconscient. Il réapparait dans le conscient sous la forme d'un substitut : le symptôme, celui-ci offrant une ressemblance avec l'idée refoulée.

Bien qu'une telle notion ne puisse apparaître qu'au cours de la pratique psychanalytique, on peut cependant évoquer le rôle possible du désire refoulé chez l'hystérique dans l'observation suivante :

Mme C., âgée de 35 ans, présente une symptomatologie hystériforme depuis quatre ans, à type de crises spectaculaires dont la première a suivi une hémorragie génitale (rapportée à l'interruption d'un traitement hormonal) : début par une tachycardie, puis impression que le coeur s'arrête, fourmillements dans les membres, sensation de jambes molles, vue trouble... puis chute brutale avec tremblements de tout le corps... la malade crie et hurle, donne des coups de pieds et de poings dans tous les sens...

Il n'y a pas de perte de connaissance, pas de morsure de la langue, pas de perte des urines.

Il existe de gros problèmes psychologiques et affectifs : sur le plan affectif, Mme C. a perdu successivement deux enfants à la naissance, de malformations congénitales ; sur le plan psychologique, il existe des problèmes centrés sur la sexualité et la sphère génitale, donnant une tonalité érotique aux rêves : fantasme de chevauchement d'animal (lequel est assimilé au thérapeute !)... cauchemars au cours desquels toute situation angoissante pour la malade est dénouée par le thérapeute,... hommes nus défilant une baillonnette au poing, etc...

FREUD et BREUER cherchèrent à grouper tous les symptômes de la maladie autour d'un phénomène principal : le "dédoublement de la personnalité ".

Il s'agit d'un état de "dissociation" ou "état hypnoïde" fondé sur une excessive activité psychique, une "hyperpuissance des représentations" telle que "les associations demeurent sous-jacentes au conscient" D'où résulte une concentration limitée des représentations et ainsi l'étroitesse du conscient.

Il faut noter ici que lorsque FREUD ou son traducteur, parle de "dissociation", il ne s'agit pas du concept utilisé quelques années plus tard par BLEULER.

Parallèlement à l'hystérie de conversion, FREUD introduisit le terme psychanalytique de "hystérie d'angoisse" qui correspond en fait à la névrose phobique. Il a aussi utilisé, puis abandonné des concepts tels que : Hystérie de Défense, Hystérie hypnoïde, Hystérie de rétention...

A la suite des études psychopathologiques de JANET et de FREUD, on trouve plusieurs études dans le domaine de la clinique.

H. CLAUDE reprend la notion de désagrégation psychologique : il tend à rapprocher hystérie et schizophrénie comme des niveaux différents d'un même processus de dissociation de la personnalité.

Il définit l'hystérie comme "la capacité que possède le sujet d'isoler et de fixer de façon durable certaines manifestations de l'activité motrice, sensitive, sensorielle ou psychique, en dehors de toute intervention apparente de la volonté et de la conscience".

Il rapproche cette faculté de dissociation, d'une part de certains états psychasthéniques de JANET, d'autre part, de certains états schizophréniques dans lesquels le malade s'évade en quelques sorte de la réalité (schizoses), cette évasion se produisant notamment pour CLAUDE sous l'empire des émotions ou de causes affectives, seul facteur étiologique capital selon lui.

La conception de H. BARUK, ramène à l'étude de l'hystérie à partir du symptôme.

BARUK souligne la valeur du pithiatisme de BABINSKI, et pense qu'une étude centrée sur la personnalité hystérique est susceptible d'ambiguités.

Il insiste par ailleurs sur le rôle de l'exaltation des images mentales qui favoriserait les accidents hystériques :

Les crises qui ne se produisent pas au moment même de l'émotion sont déclanchées ultérieurement

par l'image mentale ; à ce moment, la charge affective lors de la reviviscence de l'image serait beaucoup plus importante que la perception durant l'émotion initiale.

Lors d'un récent congrès, on a surtout insisté sur la relation entre symptômes et personnalité (LEMPERIERE-PERSE-ENRIQUEZ) :

La structure névrotique hystérique se juge sur l'existence d'angoisse ou d'anxiété, et sur les traits de caractère qui sont de véritables mécanismes de défense contre cette angoisse ou cette anxiété :

"C'est lorsque les patients projettent dramatiquement sur leur environnement leur histoire infantile, familiale ou personnelle, que l'on constate dans le vécu une structure névrotique qui permet ensuite d'aboutir au diagnostic de névrose. Le tableau d'ensemble est plus important que tel ou tel symptôme mis en évidence".

Mais les traits habituellement attribués à la personnalité hystérique sont beaucoup trop dispersés, disparates, pour former une configuration cohérente ayant quelque rapport avec une réalité clinique et permettant d'en dégager une entité.

Des nombreuses études descriptives, on peut isoler les principaux traits de personnalité sur lesquels l'accord semble se faire (CHODOFF et LYONS, cités par LEMPERIERE) :

- la suggestibilité, la plasticité, la dépendance affective vis-à-vis de l'entourage familial et aussi lors des relations impliquées pendant une psychothérapie
- l'égocentrisme, l'indulgence vis-à-vis de soi-même,
- la pauvreté des intérêts et la facticité des affects, le puérilisme,

- le manque de contrôle émotionnel, labilité affective, inconsistance des réactions,
- la tendance à la dramatisation, comprenant l'histrionisme, le besoin de jouer un rôle, d'attirer l'attention, la tendance à l'exagération, à l'exhibitionnisme, pouvant aller jusqu'au mensonge et à la simulation.
- la mythomanie.
- l'érotisation des relations interpersonnelles ; attitudes de coquetterie, de provocation, de séduction ; tendance à prêter une signification sexuelle à des situations qui en sont dépourvues.
- la frigidité, la peur ou la répugnance de la sexualité
- l'affirmation d'une moralité exemplaire,
- les troubles du caractère,

Mais on émet en général des restrictions quant à la fréquence et la constance de l'association de ces traits de personnalité :

. Pour certains, l'immaturité et la dépendance affective paraissent souvent les traits les plus caractéristiques,

. pour d'autres, l'histrionisme serait au coeur même de la personnalité hystérique.

Voici une observation qui regroupe un certain nombre de ces traits :

Mme D. est âgée de 29 ans, mariée, deux enfants de 5 et 2 ans. Elle vient consulter pour "état dépressif" et "difficultés à vivre" avec troubles du caractère entrainant des réactions clastiques au foyer ; elle ne travaille pas.

Un médecin généraliste la suit pour "dyskinésie biliaire", et à la suite d'investigations

radiologiques, il a été découvert un rein pelvien qui n'a aucun retentisse ent fonctionnel.

C'est une jeune femme qui a une présentation "haute en couleurs", tant du point de vue vestimentaire (mode 14-15 ans) que du point de vue langage qui est très vif et abondant...

Il existe des carences affectives importantes au cours de son enfance et elle a été élevée par sa grand-mère maternelle jusqu'à l'âge de 17 ans : "Je n'étais pas la bienvenue quand je suis née car ma mère s'est suicidée à 23 ans quand j'avais 9 mois, et mon père la trompait... La grand-mère me répétait souvent que ma mère était une sainte et mon père un salaud".

Elle a un frère et une soeur ainés, élevés tous deux par le père, et n'a revu ce dernier qu'il y a un an, ayant fait des recherches pour le retrouver... les retrouvailles ont été assez froides.

Elle pense n'avoir jamais été aimée dans la famille parce qu'elle a les yeux bleus alors que les autres ont les yeux noirs !

"A 15 ans, j'aimais passionnément un garçon parce qu'il avait une mère douce comme j'aurais voulu en avoir ; je l'aurais épousé rien que pour avoir une mère comme la sienne".

A l'âge de 17 ans, les grands-parents s'étant retirés, elle a vécu chez une tante qui vivait dans le luxe car elle avait un ami diamantaire... mais elle s'est retrouvée femme de ménage !

Premiers rapports sexuels à 21 ans, "pour lui faire un cadeau : c'était un gamin... il cherchait une mère".

Elle ressent actuellement la plus grande insatisfaction : elle a rêvé d'un prince charmant et argenté... et son mari, dessinateur, ne gagne que 2.700 francs par mois ! Elle l'aime uniquement parce qu'il remplace son père et sa mère.

Des enfants, elle n'aurait jamais dû en avoir : "Je les ai faits inconsciemment... ma grand-mère ne m'a jamais préparé à cela".

De nombreuses doléances sont exprimées, n'ayant aucun rapport les unes avec les autres, au cours d'interminables monologues :

Son vrai problème c'est de désirer se lever tôt le matin afin de pouvoir s'occuper de ses enfants et d'être en forme, heureuse, et ... plus maigre ; quand elle a bien dormi, elle se sent amincie ; elle a souvent des impressions de démangeaisons désagréables dans le vagin ; elle se plaint de sa frigidité, de douleurs constantes, de sa vésicule biliaire gonflée (il faudrait faire un prélèvement de foie)... Elle craint que son stérilet ne se soit retourné et qu'elle puisse être enceinte : "Je n'aurais plus qu'à me suicider..." .

Il s'agit là d'une personnalité hystérique typique : histrionisme, puérilité des propos, quête et immaturation affectives, troubles du caractère, fabulation.

L'observation suivante met en évidence le rapport étroit qui existe entre un symptôme hystérique et l'état névrotique sous-jacent :

Mme V.,âgée de 51 ans, est hospitalisée dans le Service de Médecine, après un bref séjour en Chirurgie, pour un tableau clinique de nausées et de vomissements accompagnant un météorisme abdominal énorme, la malade n'étant soulagée, dit-elle, que par un lavement...

Cette même symptomatologie a déjà nécessité deux laparotomies "blanches" : la première en 1949, la seconde il y a deux ans ; on avait conclu à un "épisode subocclusif" ayant cédé spontanément en quelques jours.

Ces symptômes s'accompagnent toujours de céphalées mal systématisées, d'ailleurs très anciennes et rapportées par la malade depuis l'âge de 9 ans, époque depuis laquelle elle ne va à la selle que par lavements !

Devant les sédations spontanées répétées, la mise en observation dans le Service est demandée :

Il s'agit d'une femme dépressive et anxieuse, en grande partie du fait de son état, à la personnalité fruste et immature, très émotive.

Au cours de son hospitalisation, un lavement tous les deux jours environ est nécessaire ; la malade tient un petit calendrier où elle note les jours où elle va seule à la selle...

Mais cela ne fait céder en rien le météorisme abdominal impressionnant qui lui donne une silhouette de femme enceinte au 8e mois, et dont un épisode particulièrement important amène de véritables "douleurs d'expulsion"; la malade se cramponnant aux rebords de son lit.

Elle nous confie qu'elle aurait aimé avoir plus d'enfants qu'elle n'en a eu... En fait, elle n'a jamais pu supporter son mari sur le plan des rapports sexuels, et elle cherche à s'en détourner affectivement en correspondant avec une canadienne qu'elle n'a jamais vue et dont l'adresse lui a été fournie par une oeuvre...

Elle fait souvent des cauchemars, et nous raconte un rêve au cours duquel son père place une lampe à pétrole allumée sous les jupes de sa mère...

On constate un ventre plat quelques minutes après le début d'une hypnose légère.

Il s'agit donc d'une personnalité essentiellement immature, fruste et émotive, très différente de l'observation précédente, mais qui accompagne un symptôme dont la disparition par suggestion signe la nature hystérique.

Les études psychanalytiques tentent de préciser ce qu'est la personnalité hystérique en décrivant une personnalité hystérique "asymptomatique".

Dans la conception psychanalytique, l'essentiel de l'hystérie ne se trouve plus dans la conversion somatique ; il consiste en une modalité d'existence sous-tendue par un conflit inconscient qui rend impossible une authentique vie génitale, d'où toute une série de comportements séducteurs, de coquetterie constamment suivis de retraits et de fuites qui répètent sur un mode de jeu un événement pénible pour tenter de l'assimiler.

FREUD a mis l'accent sur le conflit Oedipien où le drame n'est pas celui de l'identité de l'être, mais en fait celui de son identité en tant qu'être sexué : l'affectivité des hystériques parait très étroitement liée à une mauvaise résolution de l'attachement du jeune enfant au parent du sexe opposé (complexe d'Oedipe) et à l'insuffisante répression de cette étape prématurée de la sexualité.

L'hystérique mettrait tout en oeuvre pour ne pas se trouver confronté avec la sexualité normale de l'âge adulte. Son refuge dans la rêverie, son apparent hyperérotisme cachant une réelle inhibition, sa "facticité" en serait l'expression.

Mais la primauté accordée aux désirs génitaux ne va pas tarder à être mise en question par les travaux analytiques ultérieurs...

DIATKINE rappelle que la délimitation de l'hystérie reste en perpétuelle révision, que l'école kléinienne a toujours affirmé l'existence sous-jacente de la schizophrénie : lui-même reconnait à l'hystérie une structure psychotique

caractérisée par une régression orale partielle. KESTEMBERG a montré que les angoisses du complexe d'Oedipe ravivaient des angoisses archaïques de morcellementdu corps.
Pour NOBLE, "les défenses hystériques sont utilisées pour protéger les malades contre leurs profondes angoisses orales".

L'immaturité affective des hystériques aurait en particulier une origine beaucoup plus primitive, dans la phase dite orale du développement. Ce qui expliquerait l'extrême avidité affective de ces malades, beaucoup plus infantile que ne le laisseraient supposer ses expressions d'apparence si souvent érotique (WIDLÖCHER).

H. EY considère l'hystérie du point de vue purement psycho-pathologique comme une névrose caractérisée par une anomalie des processus d'identification de la personnalité dont les symptômes sont l'effet d'une expressivité anormale des phénomènes inconscients :
"Pour bien comprendre le "composante hystérique" de l'âme humaine, c'est-à-dire sa capacité d'utiliser les mécanismes d'expression dans un sens dramatique, il faut que soient présents à l'esprit :
. d'une part le caractère de simulacre impliqué dans toute émotion,
. et d'autre part l'importance du "rôle" dans le statut de l'existence humaine, la personnalité ne se construisant qu'en assumant le rôle du personnage qu'elle tend à être.

caractérisée par une régression orale partielle. KESTEMBERG a montré que les angoisses du complexe d'Oedipe ravivaient des angoisses archaïques de morcellementdu corps.
Pour NOBLE, "les défenses hystériques sont utilisées pour protéger les malades contre leurs profondes angoisses orales".

L'immaturité affective des hystériques aurait en particulier une origine beaucoup plus primitive, dans la phase dite orale du développement. Ce qui expliquerait l'extrême avidité affective de ces malades, beaucoup plus infantile que ne le laisseraient supposer ses expressions d'apparence si souvent érotique (WIDLOCHER).

H. EY considère l'hystérie du point de vue purement psycho-pathologique comme une névrose caractérisée par une anomalie des processus d'identification de la personnalité dont les symptômes sont l'effet d'une expressivité anormale des phénomènes inconscients :
"Pour bien comprendre le "composante hystérique" de l'âme humaine, c'est-à-dire sa capacité d'utiliser les mécanismes d'expression dans un sens dramatique, il faut que soient présents à l'esprit :
. d'une part le caractère de simulacre impliqué dans toute émotion,
. et d'autre part l'importance du "rôle" dans le statut de l'existence humaine, la personnalité ne se construisant qu'en assumant le rôle du personnage qu'elle tend à être.

Il y a donc chez tout homme un problème existentiel auquel nous renvoie la personnalité de l'hystérique.

Celle-ci, en effet, demeure ambigue et indécise dans le choix de son rôle social et particulièrement de son identification sexuelle.

La théatralité de l'existence humaine devient chez l'hystérique un drame, mais ce drame, pour être pris dans l'organisation névrotique de la vie de relation de l'être psychosomatique, est bien une maladie".

La consommation médicale et chirurgicale de l'hystérique est un fait bien connu. Ce qui lui est particulier, c'est la facilité avec laquelle elle change de symptôme : cette variabilité est en rapport avec la suggestibilité et la plasticité de sa personnalité, et il est vrai qu'elle a tendance à offrir au médecin les symptômes qui lui conviennent en fonction de sa spécialité ou de sa personnalité.

C'est une des raison qui tend à ramener aujourd'hui la pathologie fonctionnelle organique à l'hystérie ; ce rapprochement, dont SYNDENHAM usait déjà et qu'on retrouve chez des auteurs américains contemporains , est bien évidemment tributaire des connaissances médicales actuelles et de la somme des investigations pratiquées chez les patients.

Pour l'école américaine de médecine psychosomatique, toutes les maladies doivent être envisagées sur le modèle d'une profonde relation entre le "Soma" et le "Psyché". Le modèle de toutes les maladies fonctionnelles ne serait rien d'autre que celui de la conversion hystérique.

Ici sont repris tous les mécanismes freudiens de la symbolique du "langage des organes", des refoulements et des défenses de l'inconscient.

En fait, la pathologie fonctionnelle ne comporte pas forcément la structure névrotique que l'on découvre sous les manifestations hystériques. Elle s'exprime par des troubles du système nerveux autonome des fonctions vitales.

A la suite de la clinique classique, les diverses études psycho-pathologiques sur l'hystérie ne concourent pas à former un concept-maladie.

JANET et FREUD ont abordé le problème "de l'intérieur" et approfondi les deux aspects complémentaires de l'hystérie :

. JANET insistant sur l'aspect négatif fondamental, affaiblissement de l'organisation psychique ("misère psychologique"),

. FREUD révélant l'aspect positif de la poussée des forces de l'inconscient.

Il est intéressant de noter que BABINSKI se pencha beaucoup plus sur les travaux de FREUD que sur ceux de JANET : "l'automatisme psychologique" de ce dernier lui semblait par trop mécaniciste et un retour possible à l'organicisme de CHARCOT.

BARUK rappelle le pouvoir de reviviscence émotionnelle par l'image mentale et insiste sur le fait que certains sujets ont une riche floraison d'images et que ces images sont facilement chargés en émotivité pathogène à l'origine d'accidents hystériques.

En fait, que le trouble réponde à un manque de volonté, que celle-ci soit inhibée "par un rétrécissement du champ de conscience" comme l'invoquait JANET, ou qu'une force psychique s'oppose à l'émergence du désir refoulé, comme l'envisageait FREUD... en tout cas, un phénomène demeure : l'incapacité du malade d'avoir une libre disponibilité de croire, face au phénomène qui le concerne. (MARCHAIS).

III

LA NEURO-PHYSIOLOGIE

La théorie Organo-Dynamique de CHARCOT fut une tentative d'explication de l'hystérie par un dysfonctionnement neuro-physiologique. Par la suite, diverses études vinrent éclairer les aspects psycho-physiologiques des troubles hystériques.

PAVLOV a donné une interprétation psycho-pathologique de l'hystérie en se basant sur l'étude des réflexes conditionnés. L'inhibition corticale constituerait le mécanisme essentiel de ce syndrome ; la faiblesse et l'instabilité des processus corticaux, la puissance des inhibitions d'origine sous-corticale expliqueraient la difficulté de créer des réflexes conditionnés chez l'hystérique.

Divers auteurs de l'école roumaine (MARINESCO-RADOVICI-NICOLESCO-JORDANESCO) ont été frappés par la ressemblance qui leur parait exister entre certaines manifestations post-encéphalitiques (comme les crises oculogyres, les crises toniques extra-pyramidales) et les descriptions de l'ancienne hystérie.

D'où l'hypothèse de perturbations au niveau des corps striés, des centres végétatifs ou diencéphaliques.

VAN BOGAERT est allé plus loin dans la neuro-pathologie des troubles hystériques : pour lui, les phénomènes hypnotiques et hystériques sont à rapprocher des syndromes d'expressivité involontaires du diencéphale :
"Les pathologies organique et fonctionnelle utilisent dans leurs expressions les mêmes voies et les mêmes centres ; et, dans un cas comme dans l'autre, il semble bien s'agir de phénomènes de désinhibition libérant des dispositifs de structure inférieure".

Il précise bien d'ailleurs qu'à ses yeux les deux types de phénomènes sont similaires et non pas identiques : "La pathologie organique sous-thalamique a d'autres symptômes, une permanence et une irréductibilité foncière de ses manifestations qu'on ne rencontre pas dans le pithiatisme.

BARUK, avec KOURILSKY, étudia les manifestations psycho-motrices hystériques à l'électromyographie, et montra qu'elles ont les mêmes caractères que dans la contraction volontaire, sans présenter toutefois les perturbations neuro-végétatives et vasculaires que l'on trouve dans la catatonie.

Il montra en outre par l'ergographie et la piézographie que la mise en train psycho-motrice était irrégulière et indécise. Il put ainsi objectiver l'engourdissement psychique qui préside à l'apparition de certaines manifestations névrotiques, libérant des automatismes et responsables notamment des phénomènes cataleptiques hystériques.

Il n'existe pas de tracé électro-encéphalographique spécifique de l'hystérie.

Chez les hystériques jeunes, enfants ou adolescents, les anomalies des tracés électro-encéphalographiques sont fréquentes mais non spécifiques ; on peut y observer des signes caractéristiques de tracé infantile :

. persistance d'un rythme théta au repos,
. ondes lentes postérieures,
. réactions excessives à l'hyperpnée.

Il s'agit là de signes "d'immaturation neuronale", ce qui apporte des arguments concordant avec ceux de la clinique en faveur d'un trouble global biopsychologique.

Ces signes se rencontrent le plus souvent chez des enfants dont le quotient intellectuel est en général un peu au-dessous de la moyenne ; ils accompagnent soit des symptômes conversifs typiquement hystériques soit des manifestations spectaculaires ayant l'allure de crises névropathiques. Ces dernières se retrouvent d'ailleurs chez d'autres enfants dont l'intelligence est normale et dont l'électro-encéphalogramme ne montre aucune anomalie ; il existe une simple immaturation affective et l'entourage joue dans le déclenchement et l'entretien des troubles un rôle important.

Chez l'adulte hystérique, les études électro-encéphalographiques ont montré la fréquence d'altérations d'un type assez banal (abondance de rythmes lents) et non spécifique.

L'intérêt de l'électro-encéphalogramme n'est cependant pas nul : il permet parfois de débrouiller les faits d'association hystéro-épileptique.

Voici une observation d'association hystéro-épileptique chez une jeune adulte de 20 ans :

Il y a quatre ans, cette jeune fille a eu, à plusieurs reprises, sans raison manifeste (peut-être une discussion avec sa mère, la veille), des malaises caractérisés par une sensation lipothymique avec serrement épigastrique. Ces malaises lui font interrompre la classe peu de temps avant la fin de l'année scolaire. Ils se succèdent, souvent provoqués dans des circonstances identiques : discussion animée dans un local surchauffé.

Pendant ses vacances survient la première crise : perte de connaissance brutale, sans morsure de la langue ni perte des urines, avec amnésie totale de la crise qui dura environ une $\frac{1}{2}$ heure. Plusieurs crises identiques ont lieu, si bien qu'une hospitalisation pour bilan organique est demandée : on ne découvre aucune anomalie électro-encéphalographique, on conclu au "pithiatisme" avec prescription de tranquillisant et de calcium.

Après six mois de rémission, les crises reviennent à la fréquence de une à deux par semaine. Un nouvel électro-encéphalogramme est fait, qui montre une surcharge lente et des pointes-ondes postérieures... Un traitement anti-comitial est établi. Les crises cessent, puis reviennent, se prolongeant moins longtemps mais aggravées par une irritabilité et une aggressivité importantes, des colères provoquant parfois les crises.

Lors de la dernière hospitalisation pour bilan neurologique, on note :

"Crise survenue peu de temps après que la malade ait pénétré au solarium où il faisait trop chaud, parait-il, et où il y avait de la fumée ; la malade "ne se sent pas bien", se lève pour sortir, fait

quelques pas et tombe en heurtant la tête au sol et en poussant un cri : le corps est tendu, mais sans mouvements convulsifs, les mains se tiennent à la poitrine, la tête remuant dans tous les sens ; les yeux ne sont pas révulsés et il n'y a pas d'occlusion forcée des paupières ; la coloration du visage est normale, ainsi que la respiration ; il n'y a pas de morsure de la langue ni perte des urines, mais au réveil : amnésie totale, céphalées, fatigue intense". Un électro-encéphalogramme de contrôle montre des signes en faveur d'une comitialité, et une électro-encéphalographie gazeuse est normale...

A sa sortie, elle est mise dans un collège, un internat sur sa demande ; elle en est renvoyée au bout de quelques mois en raison de son activité mythomaniaque : elle racontait "des histoires" sur ses parents et son milieu familial ; le jour de son renvoi, on est obligé de la maintenir afin qu'elle puisse marcher, elle est ensuite montée seule dans sa chambre...

Cette jeune fille ne refuse pas le contract avec les psychiâtres ; au contraire, elle ne tarira pas de plaintes contre ses parents et toutes les "mauvaises" personnes qui l'entourent. Et l'on assiste au cours de chaque entretien à une crise de larmes et de colère manifestement provoquée et entretenue par toutes sortes de ruminations anxieuses et agressives.

Les parents vivent depuis deux ans un "enfer" : on leur ramène souvent leur fille en ambulance, l'instabilité dans le travail s'accroit en raison de l'absentéisme lié aux crises. Lorsqu'elle reste à la maison, elle "monte" ses parents l'un contre l'autre et part en souriant lorsqu'il y a eu un heurt ; elle aime centraliser l'intérêt de ceux qui l'entourent ; jalouse de sa soeur ainée qui est indépendante et ne vit plus chez les parents, elle l'est aussi de sa petite soeur et de son frère qui son les plus jeunes et donc "gâtés" par la mère ; après avoir été invitée à la maison d'une de ses amies, d'un milieu très "huppé" parait-il, elle ne veut plus vivre dans la "pauvre" maison construite par son père ! Son caractère envieux remonterait à l'âge de 14 ans, époque

à laquelle on lui découvre une surdité particlle unilatérale qui l'aurait empêché d'être admise à l'école normale d'institutrice.

Elle est, aux dires de ses parents et de sa soeur, très provoquante vis-à-vis des garçons, et fait preuve à plusieurs reprises d'une imagination débordante quant à ses problèmes sentimentaux...

Il s'agit donc d'une comitialité d'expression clinique un peu atypique, chez une jeune fille à la personnalité hystérique typique. Elle suit en principe un traitement anti-comitial actif, et fait néanmoins des crises qui sont soit des crises d'épilepsie survenant parce qu'elle ne prend pas son traitement (ce qu'elle a confirmé) soit des crises d'hystérie.

L'électro-encéphalogramme du "sommeil hystérique" ne montre pas un aspect de sommeil physiologique avec les ondes lentes et les bouffées de rythmes rapides, mais une conservation de l'activité électro-encéphalographique de l'état de veille avec souvent un ryhtme alpha plus stable que dans les périodes de veille.

Mais cette activité est insensible aux afférences activatrices, en particulier aux stimuli sensitifs et sensoriels.

Le sommeil hystérique représenterait une sorte de dysfonctionnement momentané de l'activité corticale.

Voici une observation d'association hystéro-épileptique avec une symptomatologie particulièrement polymorphe :

Mme N., âgée de 31 ans, est hospitalisée pour un syndrome hystéro-épileptique : cette jeune femme présente depuis son enfance des manifestations comitiales qui ont été bien contrôlées par un traitement barbiturique. Malheureusement, il s'est depuis quelques années greffé tout un conflit triangulaire (mari-mère-épouse), dû en grande partie à l'immaturation de Mme N. et à une emprise affective de sa mère qui s'immisce dans le ménage. Il en est résulté des manifestations pithiatiques extrêmement riches, à type de chutes brutales, de vertiges, d'instabilité motrice. Certaines crises peuvent être même provoquées par une simple fermeture des yeux assez prolongée, la malade "sentant venir" la crise : elle a, à ce moment, des mouvements de succion aux lèvres, ouvre puis referme aussitôt les yeux... Au bout de quelques minutes, après avoir rouvert les yeux, elle a beaucoup de mal à parler et se sent très angoissée...

Une crise de somnolence totale a duré plus de 24 H : Mme N. présentait une mydriase bilatérale et une insensibilité superficielle généralisée sans autre signe neurologique de localisation ; un électro-encéphalogramme sous "sommeil", s'est révélé non seulement normal, mais a témoigné d'un tracé d'éveil.

En pratiquant une série d'examens électriques chez des hystériques, TITECA a montré que lors de stimulations sensitives sur les zônes cutanées anesthésiques, les ondes alpha continueraient à se manifester sans changement de rythme ni d'amplitude, alors que les mêmes stimuli sur une zône sensible

provoqueraient le phénomène normal d'effacement momentané de ces ondes, appelé "réaction d'arrêt".

Cet auteur aurait eu la confirmation de l'absence de "réaction d'arrêt" dans un cas d'anaurose hystérique : cette "réaction d'arrêt" s'observait du côté où la vision était affaiblie, alors qu'elle ne survenait pas du côté où la vision était déclarée nulle.

Il obtint encore une nouvelle confirmation de ce phénomène chez des patients qu'il mettait en état d'hypnose et auxquels il suggérait une cécité totale : il observa l'abolition de la réaction d'arrêt lors de la stimulation lumineuse chez ces patients.

Lorsqu'il ne suggérait qu'une hémianopsie, soit temporale soit nasale, la réaction d'arrêt était absente lors de l'éclairage électif du côté de la rétine supposée aveugle, alors qu'elle persistait lorsque le stimulus portait sur l'hémirétine opposée.

Ainsi s'expliquerait la non-intégration de la sensation dans la conscience, par isolement fonctionnel des zônes corticales sensorielles.

MICHAUX et LELORD ont étudié le conditionnement son-lumière chez les hystériques jeunes et adolescents. Les résultats paraissent confirmer les hypothèses de PAVLOV : inhibition par induction développée à partir d'un processus d'excitation fort.

Ce mécanisme pourrait être à l'origine d'accidents hystériques de conversion. Mais il est possible que toute inhibition, quelle que soit son origine, puisse se traduire par des manifestations hystériques.

Par cette technique, on a aussi remarqué que chez les obsédés, les caractéristiques recueillies étaient inverses de celles rencontrées dans l'hystérie de conversion.

Des travaux américains récents (HALLIDAY et MASON), sur les potentiels évoqués dans l'hystérie, ont donné quelques résultats, bien que des conclusions ne puissent pas encore en être tirées :

. l'excitation de la zône anesthésique ne s'acompagne pas de réponse centrale, alors que cette réponse survient sous légère anesthésie générale et après des stimulations douloureuses.

. on décrit une diminution d'amplitude des potentiels évoqués au cours de l'hypnose.

. les modifications des potentiels évoqués pourraient servir à distinguer l'hystérie de la pathomimie.

DONGIER s'est attaqué plus spécifiquement à la personnalité hystérique et à son fondement neurobiologique. Il a utilisé uniquement des méthodes dynamiques, potentiels évoqués et conditionnement.

Les expériences de conditionnement ont donné lieu à un "sursaut" qui est interprété comme le signe d'une diffusion excessive qui empêche le conditionnement.

La fréquence de l'association des manifestations hystériques et tétaniques a été souvent évoquée. Mais il n'est pas évident que le signe de Chvostek ait une valeur pathologique certaine ; l'électromyogramme lui-même n'a peut-être pas de valeur déterminante.

Il est donc difficile de préciser "les relations entre deux nébuleuses dont les limites voire l'existence en tant qu'entité sont parfois mises en doute" (KOUPERNIK)

IV

QUELQUES DONNEES D'ETHNOPSYCHIATRIE

La convergence entre, d'une part les états de contrainte caractéristiques d'une culture et les défenses qu'elle fournit contre celles-ci et, d'autre part les préjugés culturels sur "la manière de se conduire lorsqu'on est fou", expliquent notamment l'extrême rareté de tel syndrôme psychiatrique dans une société donnée où prolifèrent par contre d'autres troubles.

Ainsi, de nos jours, le psychiatre occidental exerçant en milieu urbain a rarement l'occasion de rencontrer des cas de "grande hystérie" si courante du temps de CHARCOT. La relative uniformité des crises telles qu'elles s'observaient dans le Service de CHARCOT était due pour une part non seulement à ce qu'aux alentours de 1880 l'hystérie était la névrose ethnique type du monde occidental, mais plus encore à une induction systématique de la "bonne manière d'être hystérique"... Les hystériques se prêtent en effet

particulièrement bien à ce type de "conditionnement" car ils sont notoirement enclins aux conduites théatrales et constamment sollicités de "faire leur numéro" devant le "visiteur professionnel"...

Par contre aujourd'hui, il faut mentionner la persistance de la "grande hystérie" dans les sociétés moins évoluées et les variations de ses manifestations suivant le contexte culturel et certaines situations.

Les recherches ethnopsychiatriques ont retrouvé l'hystérie et ses manifestations hors du monde occidental et dans les groupes les plus divers.

Ainsi les névroses hystériques décrites au cours de la seconde guerre mondiale (chez les soldats Hindous de l'Armée anglaise et chez les partisans yougoslaves) ; le facteur favorisant était le danger de mort permanent.

Il peut s'agir aussi d'un état de frustration chronique des besoins vitaux et affectifs élémentaires ; on décrit des crises spectaculaires chez les Esquimaux, des accidents conversifs typiques chez les populations rurales de la Caroline du Nord aux Etats Unis, accidents d'autant plus nombreux que le niveau économique est plus faible.

Des observations ont été faites en Afrique du Nord au sujet des "psychoses nuptiales" : il ressort que, sur un terrain d'hyperémotivité d'infantilisme caractériel et d'instabilité, prédominent deux facteurs :

. l'un est en relation avec le caractère abitraire et despotique des coutumes matimoniales (mariage forcé, sans présentation préalable des époux),

. l'autre trouve son origine dans le conflit culturel : l'apparition des troubles psychiques est favorisée lorsqu'existe une connaissance de l'aspect plus libéral du mariage occidental, ce qui est le cas surtout dans les grandes villes et leurs environs.

C'est ce dernier aspect d' "acculturation" que l'on retrouve au cours des accidents hystériques chez les immigrés travaillant en pays industrialisé.

Pour ELLENBERGER, l'ethnopsychiatrie permet de dégager plusieurs facteurs étiologiques :

. tout d'abord, du point de vue pathogénique, il est certain que les manifestations hystériques, en tant que réponse spécifique à un traumatisme psychique, ont une évolution conditionnée en grande partie par des influences extérieures. Ainsi, les traumatismes hystérogènes varient d'une culture à l'autre même s'ils ne dépendent pas entièrement de cette culture.

. la symptomatologie des troubles, bien que pouvant avoir des variations liées à des facteurs individuels, est étroitement tributaire d'un modèle particulier induit par la culture et son environnement ; par exemple : les transes et les phénomènes hystéro-cataléptiques survenant au cours de certains rites religieux tel le Vaudou...

. enfin, le facteur épidémiologique est d'importance: les divers milieux culturels diffèrent par le degré de tolérance qu'ils offrent aux manifestations hystériques ; d'où le fait que l'hystérie se propagera facilement en certains endroits ou sera réprimée en d'autres.

V

CONCLUSION

La notion d'hystérie, après avoir connu une extension particulièrement importante jusqu'à la fin du 19e siècle, s'est trouvée considérablement réduite à l'avènement du pithiatisme.

Alors que le terme d'hystérie recouvrait pêle-mêle des troubles psychiques divers ainsi que des troubles neurologiques, la pathologie neurologique est désormais éliminée de l'hystérie.

Malgré l'intérêt qu'y ont porté les plus grands cliniciens, le concept nosographique d'hystérie reste discuté, tant dans ses limites que dans sa pathogènie.

Du point de vue nosologique, la limitation de l'hystérie au pitiatisme par BABINSKI a permis cependant une définition précise grâce à une approche clinique de phénomènes d'origine psychique ; elle incite à différencier nettement d'un même concept : les crises de nerf, les pathologies

fonctionnelles labiles, les personnalités émotives impressionnables et suggestibles, les manifestations conversives , qu'il s'agisse de paralysies, contractures, anesthésies, aphonie, etc... Contrairement à ce que certains auteurs ont pu croire à la suite de CHARCOT, l'hystérie n'a jamais constitué une véritable entité.

Mais il ne s'agit là que d'un aspect partiel d'un problème beaucoup plus complexe : les facteurs psychodynamiques qui le sous-tendent font intervenir la notion de terrain, de personnalité, de relation.

Ainsi, le polymorphisme symptomatique a entrainé des recherches pathogéniques en différentes directions :

. psychologiques (JANET et FREUD)
. neuro-physiologiques
. et fonctionnelle (psycho-somatique américaine).

Mais aucune n'a pu rendre compte d'une spécificité pathogénique de l'hystérie, car selon les auteurs, le concept-hystérie est abordé sous la forme d'une personnalité, d'un caractère, d'une structure ou encore sous forme de troubles somatiques plus ou moins précis.

Un même aspect du concept peut aussi être étudié par des méthodes différentes. Ainsi, l'hystérie étudiée par la méthode psychologique objective et descriptive de JANET aboutit à sa conception du "rétrécissement du champ de conscience" ; l'hystérie étudiée par la méthode essentiellement interprétative de FREUD aboutit à la notion de conflit inconscient provoquant des

troubles somatiques ("l'hystérie de conversion"). Les multiples perspectives et méthodes utilisées pour l'étude de l'hystérie ont ainsi abouti à une représentation polymorphe de cet objet d'étude. C'est pourquoi le concept d'hystérie n'a pu désigner par la suite que des états cliniques les plus disparates.

Dans la pratique, la difficulté provient du fait que le diagnostic d'hystérie utilise des attributs de la personnalité et du caractère, exprime souvent une opinion de valeur et ne revêt pas uniquement un aspect scientifique explicatif et descriptif.

VI

B I B L I O G R A P H I E

BABINSKI :

Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Paris 1909

BARRAUD H.J. :

FREUD et JANET, étude comparée. Privat 1971

BARUK H. :

Histoire de la psychiatrie française de PINEL à nos jours. PUF, 1967.

BARUK H. :

Le problème des accidents hystériques et des images mentales dans la personnalité hystérique (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXIIIe session, Lausanne 1965).

BERNHEIM :

L'hystérie. Doin 1915.

BRIQUET :

Traité de l'hystérie . 1859

CHARCOT :

Leçons du mardi. Paris 1889.

DEVEREUX G. :

Essais d'Ethnopsychiatrie générale. Gallimard 1970.

DUPRE E. :

Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris, Payot 1925

ELLENBERGER H.F. :

Aspects ethnopsychiatriques de l'hystérie (confrontations psychiatriques, 1968, N° 1).

EY H. :

Introduction à l'étude actuelle de l'hystérie (revue du praticien, 1964 - XIV - N° 11).

FREUD et BREUER :

Etudes sur l'hystérie. PUF, 1956.

FREUD :

Cinq psychanalyses.

HALLIDAY A. M. and MASON A. A. :

Cortical evoked potentials during hypnotic anesthesia (electoenceph. clin. neurophysiol., 1964 - 16 - 314).

JANET :

L'automatisme psychologique. Paris, Alcan 1889.

JANET :

L'état mental des hystériques. Paris, Alcan 1893.

KOUPERNIK C. et BORDES J. :

Facteurs organiques dans l'hystérie (confrontations psychiatriques, 1968, N° 1).

LEMPERIERE T., PERSE J., ENRIQUEZ M. :

Symptômes hystériques et personnalité hystérique (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Lausanne 1965).

MARCHAIS P.

Les processus névrotiques. Paris 1968.

MARCHAIS P. :

Psychiatrie et méthologie. Masson 1970

MARCHAIS P. :

Psychiatrie de synthèse. Masson 1973.

MICHAUX L. et LELORD G. :

La lecture électroencéphalographique du conditionnement, intérêt psychopathologique (Les entretiens de Bichat, Paris 1961).

MICHAUX L. KOUPERNIK C. :

Le conditionnement électroencéphalographique son-lumière chez l'hystérique jeune (Rev. neuro-psychiatrie infantile 1959 , 7).

PELICIER Y. :

Histoire de la psychiatrie. DUF, 1971.